

Załącznik nr 5 do SWKO

WYKAZ PERSONELU

Przedmiot konkursu:

Badania patomorfologiczne

Udzielający zamówienia:

Szpital Specjalistyczny im. Stefana Żeromskiego Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
w Krakowie 31-913 Kraków os. Na Skarpie 66

Adres: 31-913 Kraków, os. Na Skarpie 66

tel. (12) 62 29 467, fax. (12) 644 01 44;

REGON: 000630161; NIP: 678 26 80 -028; KRS: 0000035552

Lp.	Nazwisko i imię	Dziedzina specjalizacji	Stopień specjalizacji	Doświadczenie w latach	Zgoda na udzielanie świadczeń zdrowotnych w ramach działalności Oferenta/podpis osoby z kolumny II
I	II	III	IV	V	VI

Podpis(y):

l.p.	Nazwisko i imię osoby (osób) upoważnionej(ych) do reprezentowania Oferenta	Miejscowość i data
1)		